

1 GENERAL INFORMATION

どなたのご紹介で当院をお知りになりましたか? _____
 氏名: _____ TODAY'S DATE: ____ / ____ / ____
 生年月日: _____ 性別: 女 男 DRIVER'S LICENSE NO#: _____
 SOCIAL SECURITY #: _____ E MAIL: _____
 住所(英語): _____
 PHONE: _____
 保険書に登録されている名前(本人以外の場合): _____ 関係: _____
 保険番号#: _____ 保険は二種類以上お持ちですか? はい いいえ

ASSIGNMENT AND RELEASE

I, THE UNDERSIGNED CERTIFY THAT I (OR MY DEPENDENT) HAVE INSURANCE WITH (保険会社名を記入してください) AND ASSIGN DIRECTLY TO NAKANO CHIROPRACTIC ALL INSURANCE BENEFITS, IF ANY. I HEREBY AUTHORIZE THE DOCTOR TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF BENEFITS. I AUTHORIZE THE USE OF THIS SIGNATURE ON ALL INSURANCE SUBMISSIONS.

SIGNATURE: _____

結婚歴: 未婚 既婚 死別 離婚 別居中

ご兄妹の数: _____

配偶者氏名: _____ 子供の数: _____

職業: _____

会社住所: _____

会社連絡先: _____

かかりつけの医者: _____ 電話番号: _____

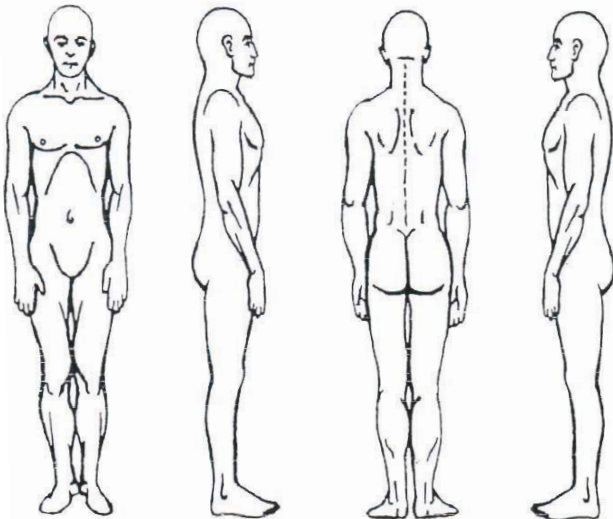
緊急の連絡先: _____ 関係: _____

緊急の電話番号: _____

妊娠していますか? はい / いいえ 予定日: _____

2 CURRENT HEALTH CONDITION

症状のあるところに印を付けてください。



- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> しびれ |
| <input type="checkbox"/> こり | <input type="checkbox"/> だるみ |
| <input type="checkbox"/> 知覚低下 | <input type="checkbox"/> 体のゆがみ |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | |
| | _____ |
| | _____ |

いつ頃現在の症状が始まりましたか? _____

症状の起こった原因などがありましたら詳しくご記入下さい。 _____

以前にも現在と同様の症状を感じたことはありますか? はい / いいえ



今回の症状は事故(交通事故などだけでなく、転倒なども含む)により起こりましたか? はい / いいえ

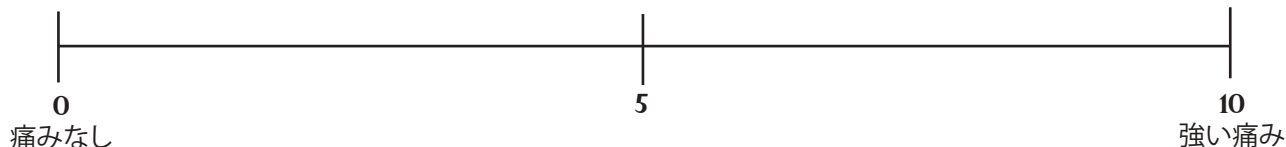
事故により起こった場合は状況を説明してください。 _____

現在の症状は徐々に: 悪化している 軽減している 変わらない

平均睡眠時間 _____ 時間

現在の症状のため寝付きが悪い、眠れないことはありますか? はい / いいえ

現在の症状の強さを0-10のスケールで表してください。10は今までに感じた最も強い痛みを表します。



一週間に何回痛みを感じますか? 1 2 3 4 5 6 7 回

痛みが放散し、体の別の部分に痛みなどを感じることはありますか?

3

EXERCISE AND DIET

一週間に何回運動をしますか? 週 _____ 回

何か特別な食事の取り方をしていますか? _____

お酒はどれくらい飲みますか? 週に _____ 回 グラス _____ 杯

コーヒーは飲みますか? 1日 _____ 杯 タバコは吸いますか? 1日 _____ 本

現在の生活にストレスが多いと感じていますか? はい / いいえ

多い場合は説明してください。 _____

現在の症状を軽減させる因子があれば印を付けてください。

- 寝る ゆっくり休む 歩行 長時間の立位 座る 運動する 暖める 冷やす

現在の症状を悪化させる因子があれば印を付けてください。

- 寝る ゆっくり休む 歩行 長時間の立位 座る 運動する 暖める 冷やす
- 物を持つ動作 くしゃみ 咳 かがむ

4

MEDICAL HISTORY

現在ある症状は に以前あった症状は にチェックをしてください。

NEUROMUSCULOSKELETAL:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 肩、首が痛い | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 手がだるい、しびれる |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 腰がいたい | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 背中がいたい | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 足がだるい、しびれる |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 足が痛い | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 背中がこる | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> めまいがする |

GENERAL:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> てんかん | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> パーキンソン病 |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 小児麻痺 |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 癌 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 慢性関節性リュウマチ |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 高コレステロール | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 多発性硬化症 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> うつ病 |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 変形性関節症 | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 肺結核 |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 性病 |



現在ある症状は に以前あった症状は にチェックをしてください。

ALLERGIC/IMMUNOLOGIC:

現在飲んでいる薬、ビタミン剤、漢方薬などありましたらご記入ください。

アレルギーなどの症状があればご記入ください。

風邪をひきやすい

鼻の調子が良くないことが頻繁にある

インフルエンザ

GASTROINTESTINAL:

胆嚢疾患

悪心

嘔吐

肝臓疾患

下痢

便秘

口渇

血便

急激な体重増加

胃の痛み

大腸炎

急激な体重減少

むねやけ

裂孔ヘルニア

CARDIOVASCULAR:

胸の痛み

胸の絞扼感

高血圧

足首のむくみ

心筋梗塞

軽い運動で息苦しさ

低血圧

脳卒中

NERVOUS SYSTEM:

めまい/ふらつき

強調性運動障害

失神

記憶力低下

URINARY TRACT:

血尿

排尿時痛

腎結石

尿瘻

膀胱炎

EYE:

視野の異常

視力の低下

EAR, NOSE, AND THROAT:

鼻から呼吸がしづらい

鼻血

耳の痛み

耳鳴り

聴力の低下

喉の痛み

MOUTH:

話がしにくい

歯の異常

RESPIRATORY:

血痰

痰が出る

呼吸が浅い

アレルギー

喘息

慢性的に咳が続く

肺気腫

WOMEN ONLY:

生理周期が安定しない

生理時に頭痛が起こる

更年期障害

子宮摘出

MEN ONLY:

排尿時痛

残尿

前立腺疾患

夜中にトイレに起きる

残尿感

尿が出にくい

ご家族の方に下記の疾患がありましたら 印を付けてください。

高血圧

脳卒中

糖尿病

癌

関節炎

うつ病



今までにカイロプラクティックの治療を受けたことはありますか? ある / ない

どちらで治療を受けましたか? _____

現在の症状で診察を受けた医療機関があればご記入ください。 _____

そこで受けた治療に○印を付けてください

薬	注射	手術	カイロプラクティック	マッサージ	理学療法 (P T)
鍼灸	暖める	冷やす	電気	超音波	牽引

手術歴、怪我などありましたらご記入ください。

NAKANO CHIROPRACTIC にどのような治療をご希望ですか?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 現在の症状が多少楽になれば良い | <input type="checkbox"/> 現在の症状が再発しないようにしっかり治療を受けたい。 |
| <input type="checkbox"/> 現在の症状を治したい。 | <input type="checkbox"/> 出来るだけ体を若く元気に保つために定期的に治療を受けたい。 |

現在飲んでいる薬、ビタミン剤、漢方薬などありましたらご記入ください。

アレルギーなどの症状があればご記入ください。

私は上記の質問に対し、出来る限り正確に間違いなく答えました。

名前

サイン

日付